SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 12 y 13 minutos)

La Comisión de Salud Pública del Senado tiene mucho gusto de recibir a las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

En esta jornada deberíamos abordar tres temas. En primer término, tenemos el planteo que nos realizan las Escuelas de Enfermería con relación a los perjuicios que habrían tenido con la reglamentación de la ley que previó el pasaje de la Escuela Scosería al ámbito de la Universidad de la República. Seguramente, tomaron conocimiento de la actividad de la Comisión y nos hicieron llegar, por vía de telegrama, la exhortación de que en el día de hoy encontremos un camino que dé garantías y seguridad a todos. En segundo lugar, tenemos que considerar la situación del Instituto de Traumatología. El tercer punto es analizar la veracidad de una versión periodística con relación al pasaje del Instituto de Higiene al Hospital Pasteur. Si les parece correcto ese orden, cedemos el uso de la palabra al doctor Diego Estol.

SEÑOR ESTOL.- Buenos días señora Presidenta de la Comisión y señores Senadores: en primer lugar, corresponde aclarar que el señor Ministro pide disculpas por no estar presente en el día de hoy. Lamentablemente, se debe a un problema familiar, ya que su señora fue operada hace unos días y en el día de hoy tienen que reintervenirla. Se disculpa porque hubiera querido estar presente en esta reunión.

El participó junto con nosotros en la discusión de los tres temas que analizaremos en esta reunión y, por lo tanto, reitero que pide las disculpas del caso.

Por otra parte, quisiera presentar a quienes me acompañan esta mañana. Están presentes: el doctor Paolillo, Director General de ASSE, a quien evidentemente ya conocen; la contadora Rosi, que maneja todos los recursos financieros de ASSE; el doctor Porciúncula y la doctora Beatriz Silva, que integran el equipo de Dirección de ASSE. Asimismo, nos acompañan Manuel Rodríguez, que es el Director de la parte de Recursos Humanos de ASSE, fundamentalmente, porque él junto con el doctor Martín Dersarkisian han integrado la Comisión bipartita o tripartita que analizó el tema de la Escuela de Enfermería, trabajando activamente en este tema.

Con respecto al primer tema que los señores Senadores querían plantear para su discusión, quiero decir que en los últimos días nosotros hemos tratado de rever las normativas existentes y analizar el proceso que llevó a legislar en cuanto a la transferencia de la Escuela Scosería, en primera instancia, a la UTU y, en segundo lugar, a la Universidad de la República.

En ese sentido, analizando que, en definitiva, acá hubo una buena intención de todas las partes en cuanto a lograr ese objetivo, es decir, el de la transferencia, el de centralizar recursos y ordenar y, revisando exhaustivamente la normativa -con la participación de los doctores Rodríguez y Desarkisián- vemos que hay una serie de temas legales que quedan planteados sobre la mesa a los que, de alguna forma, habría que buscarle una solución.

Entonces, comenzamos analizando la propia Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública y ella no establece un marco legal sobre la competencia que esta Cartera tiene que tener en lo que respecta a la formación de recursos humanos de la salud. Este es un aspecto inicial importante porque, en definitiva, nos llevará a tener que buscar otro tipo de alternativas, a discutirlas con los señores Senadores en donde, como producto de esa situación inicial, no hay un marco legal sino que fue una competencia que el propio Ministerio fue asumiendo a través de los años ya que había un vacío de control efectivo en las Escuelas de Enfermería del país. Pero el marco de la ley orgánica no convalida ese rol sino que, por el contrario, no estaría estipulado como un rol específico de dicho Ministerio. Me corregirán en cuanto a este concepto los doctores Rodríguez y Desarkisián, en caso de que no sea como acabo de expresar.

Por otro lado, hay otro tema importante y creo que en este caso es justa la reclamación que hacen los integrantes de las escuelas privadas en cuanto a que genera una situación de no haber oposición de intereses en ese proceso de autorización y de convalidación de escuelas que han venido cumpliendo un rol de formación importante en el país. Reitero que, en lo que respecta a la transferencia -y por más que haya un buen espíritu, por parte de los legisladores y de los técnicos que participaron en este proceso, con respecto al objetivo final- también hay un aspecto que es oposición de intereses en la medida en que se transfiera a la Universidad de la República todo el rol en lo que tiene que ver con la regulación de currículum, autorización, etcétera, también le transfiere un rol de fiscalización -por más que en la ley no está claro- y también queda implícito que se transfiere todo ese rol de regulación y de control. Hay dos aspectos vinculados a esto. Uno es el hecho de que es un órgano con autonomía universitaria que pasa a tener un rol de fiscalización, en algún aspecto, de actividades que involucran a la actividad privada. Por otro lado, por más que nosotros hemos hecho esfuerzos, hay propuestas que después podremos ver con respecto a establecer un decreto regulatorio a los efectos de que ese aspecto sea contemplado, es decir, que todas las Escuelas de Enfermería que están autorizadas al día de hoy puedan seguir trabajando dentro de un marco porque ya han sido habilitadas por el Ministerio de Salud Pública.

Un aspecto que tenemos que analizar objetivamente para dar máximas garantías a todas las partes involucradas, es que el concepto de autonomía universitaria -que es muy importante para la Universidad- no quita que, de aquí en más, exista la obligación de que, producto de dicho concepto, la Universidad de la República pueda decir que, a partir de tal fecha, las Escuelas que han sido autorizadas no pueden seguir funcionando.

Creo que, de alguna forma, tenemos que buscar una herramienta para corregir esa situación dando, reitero, máximas garantías a todas las partes involucradas. Hay un aspecto ineludible que el Ministerio de Salud Pública no puede dejar de tenerlo, que es el registro y la habilitación, porque se trata de un rol que es parte de su aspecto normativo y, a la vez, debe cumplir todo un papel de regulación de currículos, entre otros. Reitero que no se trata de una competencia que tiene el Ministerio de Salud Pública por ley orgánica; uno la vería como del Ministerio de Educación y Cultura más que nada, pues lo tiene establecido por ley. En ese aspecto

deberíamos dejar estos temas debidamente aclarados, ya sea por un agregado o una interpretación de la norma, y no producir esa gran incertidumbre que ha tenido lugar con todas esas escuelas privadas que están trabajando en el país.

Estamos todos de acuerdo con que en el país debe haber una progresividad en la formación en enfermería. En ese sentido, insisto en el concepto de que el auxiliar de enfermería debe ser una persona que tenga el bachillerato completo. Es más; debe ser una exigencia de país, porque ya no se trata de la enfermería de aquella generación -lo explicaba a los colegas porque soy parte de ella- que formaba técnicos cuando no había una estructura de formación como técnico o paratécnico, pues en ese entonces se hacía un curso de dos o tres días. Se precisaba acreditación de experiencia y, junto conmigo, había radiólogos del interior del país que venían a la capital, les interesaba la radiología y, producto de ese curso, se habilitaba. La complejidad de la medicina y la responsabilidad de los actos vinculados al accionar médico tienen un rol mucho más importante con el avance de la tecnología.

Por otro lado, hay un concepto que es importante destacar. La Escuela Scosería es una parte de ASSE y su objetivo fundamental cuando fue creada, a nuestro juicio, era proveer recursos humanos para la estructura asistencial del Estado, o sea, del Ministerio de Salud Pública. De modo que el aspecto fundamental de su creación era el de ser un órgano regulador y controlador de otras estructuras formadoras, si bien lo tiene como competencia por decreto, pero no está avalado por ley. Consideramos que ese rol fue decayendo cada vez más con el transcurso del tiempo. No corresponde que el Ministerio de Salud Pública tenga un ente formador de recursos humanos, porque en el mercado uruguayo hay otros, así como una gran oferta de profesionales calificados, paratécnicos y auxiliares de enfermería.

A grandes rasgos, ese es el escenario global en el cual nos encontramos con este problema.

No sé si los doctores Dersarkisian o Rodríguez quieren hacer uso de la palabra, en cuyo caso se lo cedo, si lo autoriza la señora Presidenta de la Comisión.

SEÑOR DERSARKISIAN.- Como integrante del grupo de trabajo que se creó para reglamentar el artículo Nº 135 de la Ley, señalo que lo que hicimos fue reglamentar aquellos aspectos que ella no contempla. Refiere, básicamente, a la supresión de la unidad ejecutora Escuela de Scosería, y su transferencia -gráficamente, decíamos que es como que se arranca la Escuela de Scosería de la órbita del Ministerio de Salud Pública- en principio, a la UTU y, posteriormente, por una ley que lo modificó, a la Universidad de la República. Entendíamos que ese reglamento de ejecución que hace posible el cumplimiento de esta ley debía contemplar los aspectos que el texto legal no tenía por qué comprender. Podía haberlo hecho o no; al no realizarlo, son objeto del decreto correspondiente.

Como decía el doctor Estol, el Ministerio de Salud Pública entre sus cometidos tiene el control, reglamentación y vigilancia del ejercicio de las profesiones médicas y no la formación de los profesionales médicos. Reitero, esto no está previsto dentro de las atribuciones y competencias de la Cartera. ¿Por qué hoy se tiene esa competencia en la Escuela de Sanidad? Porque, como se decía, históricamente la Escuela nació para formar recursos humanos para la propia asistencia pública. Luego, debido a que empezaron a aflorar instituciones privadas que nadie las controlaba, y ante instancias también de las propias instituciones, se empezó a generar un sistema de control y habilitación de las mismas. Esto, además, está establecido por decreto. Entonces, cuando reglamentamos la ley, entendimos que era lógico que al pasar el bien inmueble donde está la institución o la dependencia del Ministerio que se dedica a la habilitación de las escuelas, como así también los créditos y los funcionarios, obviamente la Cartera quedaba, en cierta medida, sin una dependencia para cumplir ese papel y, por lo tanto, ese rol también se iba con la Escuela. Atento a esto y que el Ministerio no tiene como competencia primaria y esencial la formación de los recursos humanos, sino el control del ejercicio posterior a su formación, es que se llega a este decreto. Es obvio que se plantearon dificultades porque una cosa era con UTU y otra con la Universidad de la República, que tiene su autonomía, y lo que nosotros podamos poner en el decreto no la obliga a nada. Entonces, ahí buscamos fórmulas alternativas, inclusive, mantuvimos una conversación telefónica con la señora Senadora Pou, de manera de buscar un camino por el cual las instituciones privadas tuvieran "la garantía" de que los derechos que habían adquirido durante la vigencia de los decretos actuales, no los iban a perder el día de mañana por un cambio de criterio de la Universidad de la República. Este es, básicamente, el camino que se siguió. Pero creo que lo fundamental es el hecho que el Ministerio de Salud Pública no tiene hoy bajo su competencia el control de la formación, sino del ejercicio. Y si nos quedamos, pese a la transferencia que ya está ordenada por la ley, con la atribución de controlar la formación, no tenemos en definitiva una dependencia porque la que lo hacía era la Escuela de Sanidad. Por lo tanto, la Cartera debería recomponer sus dependencias y crear otra figura para cumplir ese rol, lo cual no parece lógico con la disposición legal.

SEÑORA POU.- Hemos venido siguiendo atentamente este tema porque, de alguna manera, nos sentimos responsables de haber desencadenado temas laterales que, por ello, no son menos importantes. El primer corolario es que todos queremos cambios pero cuando se producen, siempre a la vera del camino hay que ir contemplando situaciones. Inclusive, sobre este tema -que es atendible- hemos recibido a la gente de las escuelas privadas. El país y nuestra gente es como es y no siempre como quisiéramos que fueran, y aquí ellos dicen algo que para mí es atendible: que mucha gente hoy en día no completa el ciclo de enseñanza. Este sería el ideal, lo deseable, a lo que todos aspiramos, estamos de acuerdo, pero la situación en el día de hoy es como es. También entiendo -y es claro- que al cambiar de ubicación institucional la Escuela Scosería, el Ministerio queda sin las armas, posibilidades e instrumentos para ejercer esta actividad tan importante de control o de formación. Creo que la transversalidad en el Estado tenemos que aprender a utilizarla y, quizás, el Ministerio de Educación y Cultura, que en definitiva tiene tan pocas tareas en materia de educación porque están casi todas ellas desconcentradas. Y digo esto porque en estas piolas sueltas que quedan porque, incluso, a través de esta delegación nos enteramos que ya no existe la Escuela de Bellas Artes, creo que tampoco la de Música, es decir que hay institutos de enseñanza media que por no encontrar ubicación han desaparecido, y no por desaparecer los institutos van a hacerlo las vocaciones musicales o de auxiliar de enfermería.

Por lo tanto, me parece importante destacar que todos tenemos la misma preocupación y que sería bueno dar alguna tranquilidad o señal a las escuelas privadas porque, como bien nos han dicho, están finalizando cursos y, supongo, estarán enfrentando las nuevas inscripciones.

Este tema es muy importante en el interior, por la cantidad de gente que, apurada por entrar al mercado de trabajo, corta su carrera, su enseñanza formal e ingresa a un ciclo de enseñanza que puede desembocar -y de hecho desemboca, en un país que todavía tiene escasez en determinados recursos humanos en salud- en estas oportunidades.

Si bien no tengo la visión del Estado que quisiera o que necesitaría para hacer sugerencias -aquí hay gente más habilitada para hacerlo- pienso que se podría hurgar en el Ministerio de Educación y Cultura o buscar a alguien que pudiera hacerse cargo de la habilitación porque, en definitiva, de eso se trata. Creo que ya que el Ministerio no se va a hacer cargo de la Escuela Scoseria, de formar recursos humanos -el escenario cambió y hoy en día no es el objetivo de esta Secretaría tener a la Escuela ni el de ésta proveer exclusivamente al Ministerio- se puede seguir buscando la inserción institucional de este tema de las escuelas privadas.

En fin, lo que me parece más importante a esta altura del año es darles la tranquilidad de que no va a suceder lo que están temiendo, que es que desaparezcan, para mí, por uno de los motivos más absurdos: porque nadie las puede fiscalizar. No se trata, a mi entender, de un motivo legítimo en el sentido de que no es que no se precisen ni que alguien esté en contra de su existencia. En lo personal entiendo que cumplen una función muy importante; de hecho conozco algunas del interior del país. La tranquilidad que me gustaría que diera el Ministerio como señal -no sé si a través de la propia Comisión, porque seguramente nos va a llamar después de los telegramas que recibimos- es que si bien no se tiene la solución definitiva, lo que está claro -y en eso estamos todos de acuerdo- es que tenemos interés en que sigan existiendo.

SEÑOR CID.- Quiero aclarar que cuando en el Senado votamos la ley -creo que por unanimidad- que permitió la transferencia de la Escuela Scoseria a la Universidad de la República -lo cual nos parecía muy racional, porque armonizaba con la formación de recursos humanos- no entendimos o, mejor dicho, yo no entendí que se transfería también la vigilancia o la supervisión o la regulación de las escuelas privadas de enfermería. Bueno es saber que la creación de todas estas escuelas de nivel privado se hizo con la permisividad del Ministerio de Salud Pública y de todo el estrato político.

Si nosotros transferimos el carácter normatizador y de vigilancia y supervisión a la Universidad de la República, esto seguramente va a terminar en el cierre de las instituciones; esto es algo que hay que tener claro. Ahora bien, aquí se está hablando de que se van a dar garantías y yo quisiera saber qué garantías se le van a dar a las escuelas de enfermería que hoy están y que cumplen una función social indudable, para permitir su adaptación a nuevos criterios y no a un cierre definitivo, puesto que si se exige el bachillerato -como lo va a hacer la Universidad; hay que tenerlo claro- a mucha gente se le impedirá, como decía la Senadora Pou, acceder a la formación de auxiliares de enfermería, que en el interior siguen siendo necesarias.

Entonces, en la misma línea que la Senadora Pou, quería que se nos explicase cuáles son las garantías que el doctor Dersarkisian señalaba que se iba a dar a las escuelas para que no dejen de funcionar.

SEÑORA POU.- Estuve releyendo la versión taquigráfica de la sesión a la que concurrieron representantes de las escuelas privadas y encontré una intervención del Senador Cid que me parece acertado traer a colación. Decía: "El artículo 7º dice que las habilitaciones otorgadas por el Ministerio de Salud Pública a las escuelas privadas se mantendrán vigentes". Quizá en este celo, en esta excesiva interpretación de la ley lo que tengamos que hacer es hablar de la vigencia de las escuelas privadas de enfermería y simplemente buscar quiénes son los que les van a dar la habilitación. Parecería razonable que fuera el propio Ministerio de Educación y Cultura; pero creo que es importante decir que en el marco de la ley no se dice que las escuelas de enfermería van a desaparecer. Lo destacaba el Senador Cid en la intervención referida, que me parece importante porque allí está aludido el tema del artículo 7º de la ley.

SEÑOR ESTOL.- Quiero señalar que la preocupación que tienen los señores Senadores la tenemos nosotros. Pero el tema es que, por más que esto esté explícito puede darse en la realidad. Digo esto porque, en la medida en que el órgano regulador pasa a ser la Universidad de la República y en función de su autonomía, puede establecer criterios distintos de habilitación. Pensamos que ahí es donde está el problema. Tanto el doctor Dersarkisián como el doctor Rodríguez habían avanzado un poco en el sentido de establecer algún marco legal o decreto que de alguna forma obrara de garantía. Reitero que la interpretación que nosotros tenemos sobre este tema es que, en la medida en que esa potestad se la estamos dando a la Universidad, en función de su autonomía, en el futuro puede definir otros criterios y hacerlos valer. Entonces, la única solución posible -aclaro que somos nuevos en estos temas relacionados con el Estado pero tenemos al señor Senador Correa Freitas que tiene experiencia en ellos- sería que algún artículo de la ley estableciera en forma clara y explícita el rol que le compete. Creo que tiene que estar definido lo que es el rol de la Escuela de Enfermería y el rol regulador, en cuanto al registro que le corresponde al Ministerio de Salud Pública. Igualmente, estoy de acuerdo con lo que ha expresado la señora Senadora Pou, en el sentido de que debe tener injerencia el Ministerio de Educación y Cultura por ser el que, en definitiva, regula todo el marco de formación en el país.

SEÑOR CID.- Por otra parte, en este mismo comentario que realiza el doctor Estol hay una experiencia de trabajo conjunto del Ministerio de Educación y Cultura con las autoridades de la Universidad de la República. Creo que se podrían establecer algunos criterios de normatización que, a su vez, permitirían la fiscalización de estas escuelas. Me parece que esto es pertinente porque si transferimos la función de regulación a la Universidad de la República, estas escuelas, tal como actualmente funcionan, van a desaparecer. Creo que en este trabajo conjunto -incluso, ya hay experiencias de este tipo que cuentan con la participación de universidades privadas, de la universidad pública y del Ministerio de Educación y Cultura- se podría establecer un organismo adjunto que permita ejercer esa regulación.

Este tema, en lo personal, me preocupa mucho debido a la función social que tienen estas escuelas, tanto en Montevideo como en el interior de la República. Estoy de acuerdo con el criterio que se ha planteado aquí, en el sentido de que habría que mejorar el nivel de acceso en lo que tiene que ver con la formación curricular de los alumnos. Pero tenemos una realidad que es incontrastable: no todos los que ingresan al ciclo escolar egresan como bachilleres. Reitero que esa es una realidad problemática que tiene el país. Pienso que lo fundamental es que no la agravemos, limitando la posibilidad de acceso a la gente.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quisiera expresar que tenemos determinados tiempos legislativos y hay que respetarlos. Obviamente, mañana se cierra el año legislativo pero, seguramente se levantará el receso para continuar trabajando en diversos temas. Me parece que si hay acuerdo podríamos pensar en la posibilidad de establecer un decreto que dé determinada estabilidad que, como es obvio, les compete a nuestros visitantes. Tendríamos que tratar de encontrar algún camino que sea común a todas las partes. Creo que la redacción de alguna norma puede confirmar que este tipo de instituciones sean reguladas desde el ámbito del Ministerio de Educación y Cultura. Para que esto sea posible deberíamos mantener conversaciones con los órganos involucrados. En lo personal, me parece que no podemos seguir postergando este tema en el tiempo debido a su complejidad. Reitero que si existiera una norma de consenso, tendríamos la posibilidad de aprobarla y no dejarle a la próxima Legislatura un tema pendiente que por alguna razón, acción, omisión o falta de elementos no se ha solucionado y que, en un grado u otro, todos tenemos responsabilidad. Creo que debemos subsanarlo antes del próximo 15 de febrero, fecha en la que comienza la próxima Legislatura.

SEÑOR ESTOL.- Si los señores Senadores están de acuerdo, ya que compartimos el concepto general y las preocupaciones son las mismas, nos pondríamos a trabajar junto con la Universidad de la República y con el Ministerio de Educación y Cultura a efectos de traer una propuesta redactada a la Comisión -si es que hay voluntad de levantar el receso parlamentario- y, una vez aprobada, se presentaría en el Plenario.

SEÑORA POU.- Me parece correcto seguir trabajando en la redacción de la norma, pero sería importante que desde el Ministerio se dieran señales. No debemos olvidar que estamos al borde de un fin de año, momento en que hay toda una previsión en las escuelas para las inscripciones del año próximo y, por lo tanto, la incertidumbre conspira contra esta iniciativa.

Estamos tratando de aclarar lo que en realidad ya votamos; hemos dicho claramente que es un exceso al alcance de la interpretación de la ley y parecería que podemos dar una señal, pero si el mensaje partiera del Ministerio, tendría otro peso. Reitero que octubre y noviembre son meses de finalización de cursos y de inscripciones para el año próximo, y si estamos pensando en aprobar algo en diciembre -ojalá así sea- no deberíamos demorar en llegar a un acuerdo porque a veces los tiempos legislativos y los sociales no son los mismos.

Por lo tanto, me parece importante que el Ministerio convoque a los representantes de las diversas escuelas a los efectos de darles las garantías de cuál es la voluntad y, sobre todo, en base a qué normas de interpretación se está trabajando.

SEÑOR DERSARKISIAN.- El año pasado, hasta tanto no saliera la reglamentación, el Ministerio dispuso mantener las condiciones de las escuelas en la situación en que estaban y permitir que siguieran funcionando bajo la normativa vigente. Creo que lo que se puede hacer es -ya que el decreto estará reformulado en algunos aspectos- mantener la situación actual y ver cómo se va a instrumentar esta transferencia y dónde quedan las potestades de habilitación de las escuelas privadas. Una de las cosas para las que sirvió el decreto fue para darnos cuenta, justamente, de lo que implica la transferencia. Si nos hubiéramos quedado solamente con la ley, la Universidad de la República el día de mañana podría decir que legalmente tiene todas las potestades e interpretarla a su manera a partir del 19 de setiembre del 2003, fecha en que se aprobó la ley. Por lo tanto, reitero, el decreto nos ayudó a plantearnos estas dudas, a generar esta instancia y a analizar la situación de las escuelas privadas, que no es tan mala como podría haberlo sido si no hubiera existido el decreto. En ese caso regiría solamente la ley y la Universidad podría haber dicho que tiene a su cargo la Escuela de Sanidad y todo lo que contiene y, por lo tanto, dispondría la habilitación según sus criterios. El decreto trató de atenuar esa situación y con esta discusión la Escuela se verá beneficiada aún más porque se intentará buscar un camino alternativo para que la Universidad no sea juez y parte y compita con las escuelas privadas a la vez que las regula y las limita en su funcionamiento.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si no hay más preguntas, pasamos al segundo tema, relativo al Instituto de Traumatología.

SEÑOR CID.- He solicitado a la señora Presidenta que tratemos este tema en Comisión por la inquietud que nos genera la situación del Instituto de Traumatología en función de las denuncias públicas que han aparecido en estos días en la prensa, pero también para hacer una suerte de resumen histórico de lo que sucedió en el período legislativo anterior, cuando efectuamos una inspección voluntaria al Instituto y solicitamos un pedido de informes al Ministerio de Salud Pública sobre las condiciones que allí detectamos. Precisamente, por lo que se denuncia públicamente en estos días -salvo en lo relativo a la remoción del anterior Director- en cuanto a las condiciones físicas del Instituto que se pudieron visualizar por las imágenes televisivas y por fotografías, advertimos que son iguales o peores que las de entonces.

Reitero que, en lo personal, esta situación me alarmó mucho, tanto por los datos hechos públicos, como por las imágenes que muestran un deterioro estructural del Instituto realmente llamativo en lo que tiene que ver con su conservación edilicia. Es decir que no se trata sólo de un tema de excesiva demanda, sino también de deterioro estructural del Instituto.

Ahora bien; en función de que este Instituto es el único centro de referencia para la traumatología a nivel nacional, esta situación generó una particular inquietud, razón por la cual me gustaría saber qué medidas se han instrumentado y qué plan de recuperación de la estructura edilicia dañada se ha previsto.

SEÑOR PAOLILLO.- Me parece muy oportuno el planteo que acaba de realizar el señor Senador Cid, a la vez que comparto su preocupación. Precisamente, la semana pasada estuvimos de visita en el Instituto con la Decana de la Facultad de Medicina, la doctora Ferrari.

A continuación, me gustaría contextualizar la situación del Instituto en la red asistencial de ASSE, tema que está incluido en el material que obra en poder de los señores Senadores.

Debemos señalar que el Instituto de Traumatología es uno de los siete hospitales o institutos de referencia nacional, entre los que se incluyen los Hospitales Pasteur y Maciel -como centros de referencia nacional de agudos- el Hospital Pereira Rossell, y los Institutos de Oncología y Reumatología y el Hospital Vilardebó. Es ahí donde está planteado el tema del Instituto como referencia nacional traumatológica.

Ahora bien; con el concepto de red, nosotros debemos tener en cuenta que el Instituto de Traumatología es referencia nacional para los casos complejos de traumatología de todo el país, pero también constituye la referencia del primer nivel de atención traumatológica para Montevideo y la zona metropolitana, aspecto que permite visualizar cómo se brinda la atención en el Instituto.

En la red asistencial de ASSE, desde el año 1996, los centros departamentales del interior tienen guardia traumatológica; esto es, cuentan con dos traumatólogos por centro departamental. Asimismo, debemos tener en cuenta que el 50% de los pacientes que recibe el Instituto proviene del interior. Entonces, nosotros tenemos la guardia de referencia nacional en traumatología y 18 guardias en todo el interior. Es aquí donde vemos uno de los problemas de la atención en el Instituto de Traumatología.

Desde el año 2000 tenemos un programa relativo a la regionalización de la traumatología que no se ha podido concretar por dificultades en las inversiones, donde los hospitales del interior tienen un índice de ocupación que muchas veces no supera el 60% o 70%, donde se utiliza el block quirúrgico, incluso, en horas de la mañana y donde la capacidad puede llegar a ser ociosa, dicho esto entre comillas. Es decir que teníamos planificada la traumatología más especializada en el interior del país y, sin embargo, no la pudimos llevar a cabo porque, por un lado, necesitamos arcos en C -que no tenemos en todos los centros y no los hemos podido

reponer- y, por otro, no hemos podido adquirir los insumos en tiempo y forma, porque centramos nuestra atención en la adquisición de insumos para el Instituto de Traumatología.

El Instituto funciona como los demás hospitales de ASSE, con un cierto grado de descentralización, porque tiene descentralizados sus créditos y la adquisición de los insumos. A su vez, tiene la particularidad de que allí está la cátedra de Ortopedia y Traumatología de Adultos, servicio que se brinda a través de ASSE y de la Facultad de Medicina.

Es claro que el Instituto tiene problemas edilicios y que no hemos podido realizar las inversiones que hubiéramos deseado para su mantenimiento. Sin embargo, hemos tenido otras fortalezas, porque desde el año 2003, en el Instituto se viene realizando cirugía de columna, que antes no era posible.

De manera que el diagnóstico de situación al momento actual es que las cien camas de internación con las que contamos -actualmente estamos con un 90% de ocupación- se hallan ocupadas por personas que padecen problemas traumatológicos que tendríamos que estar resolviendo en otros centros de atención, como son los centros departamentales.

A su vez, tenemos dificultades con los recursos humanos pertenecientes no solo a ASSE, sino también a Facultad. Concretamente, hay ocho traumatólogos del servicio de Facultad. Además, la guardia está sobrecargada.

Mantuvimos distintas reuniones tratando de encontrar las vías de solución a este problema. Fundamentalmente, estamos intentando reforzar el Programa de Inversiones, efectuando las reformas edilicias mínimas que necesitamos. Con respecto al interior, estamos elaborando un programa de atención regionalizada, al tiempo que se proveen los insumos necesarios. Recién en el mes de setiembre del presente año, a través de UCAMAE, pudimos comprar los insumos para la osteosíntesis, que es el gran faltante en el interior. Asimismo, trabajamos a fin de reforzar la dotación de médicos. También tuvimos un problema con los internos, quienes cumplían funciones de médico internista, a pesar de que no lo eran. Ahora incorporamos siete médicos de la plantilla del Ministerio de Salud Pública, no con la especialidad en traumatología, porque la carencia era de médicos que vieran integralmente al paciente. A su vez, se va a reforzar la guardia del Instituto Nacional de Traumatología con dos médicos por guardia; en este momento, hay un médico por guardia. Pensamos hacer un llamado conjunto con la Facultad de Medicina a fin de reforzar la guardia.

A continuación, me gustaría que el doctor Porciúncula brindara un panorama relativo a los recursos humanos y a la actuación del Instituto.

SEÑOR PORCIUNCULA.- Señora Presidenta, señores Senadores: vamos a brindar información sobre los recursos humanos y los indicadores de función del Instituto Nacional de Traumatología que, como decía el doctor Paolillo, integra la red asistencial de ASSE y depende del Programa que nosotros dirigimos dentro del Ministerio.

Desde el punto de vista de los recursos humanos, el Instituto cuenta con setenta y cinco profesionales médicos, de los cuales diecisiete son médicos traumatólogos y doce son residentes de la especialidad. Tiene once enfermeras universitarias y setenta y cinco auxiliares de enfermería. Nos llamó un poco la atención -supongo que también a los señores Senadores- la relación entre el número de médicos y el del personal de enfermería. No obstante, hay que hacer notar que la cantidad de médicos traumatólogos es relativamente baja de acuerdo a la especialidad, teniendo en cuenta, además, que, en los últimos años, se ha transformado en un centro básicamente quirúrgico.

Como se indicó, cuenta con cuatro pisos. Estamos totalmente de acuerdo en que algunas de las estructuras edilicias han sido desbordadas. Es un edificio que tiene sesenta años y que fue concebido con un concepto que ha variado a través del tiempo. La traumatología era una cosa hace unos años atrás y, en los últimos tiempos, al haberse transformado básicamente en una especialidad quirúrgica, los procesos de internación y las salas de operaciones han quedado chicas.

En lo que tiene que ver con la producción y el rendimiento del servicio, hay que indicar que se realizaron 36.971 consultas en el año 2003, con un promedio de 3.081 consultas mensuales. En ese mismo año se registraron 2.959 egresos hospitalarios, con un promedio de 247 egresos por mes. También se hicieron 2.429 intervenciones quirúrgicas, lo cual implica, aproximadamente, 7 operaciones diarias. Comparativamente, el Instituto, a pesar de ser pequeño, realiza la mitad de las operaciones que efectúa el Hospital de Clínicas; concretamente, éste realiza 5.000 operaciones anuales.

Además, hasta hace muy poco tiempo, se realizaban muchas internaciones de pacientes politraumatizados graves, lo cual para nosotros implicaba un riesgo desde el punto de vista asistencial, al no poder contar con un lugar específico para ellos. Hicimos un trabajo de coordinación con el Hospital de Clínicas, a fin de que se haga cargo de ese tipo de pacientes, en tanto el Instituto realiza todas las interconsultas traumatológicas en aquella institución, en el marco de una muy buena relación de convivencia. Esto permite, por razones de cercanía, complementar servicios, como ser, de laboratorio o -como ya indiqué- efectuar interconsultas, por ejemplo, con neurólogos.

Cuando empezamos a trabajar con el Instituto Nacional de Traumatología detectamos sin problema todo lo que tenía que ver con las cuestiones locativas. Vimos algunos de los aspectos que manifestaba el doctor Paolillo y me parece muy interesante referirlos, ya que al observar las imágenes televisivas, estas nos impactaron una vez más, a pesar de haber visto las situaciones en vivo y en directo en diversas oportunidades.

Uno de los aspectos que impactaba era ver las camas en los pasillos. Asimismo, llamaba la atención la cantidad de gente, el hacinamiento que había allí. Constatamos que el 51% de los pacientes provienen del Interior y, generalmente, vienen acompañados por uno, dos y hasta cuatro familiares, la mayoría de los cuales no tienen dónde quedarse, por lo que permanecen en el Instituto. Depositan sus bolsos y su ropa debajo de las camas y comen dentro del Instituto. Existe un problema con los baños del Instituto, ya que hay dos por piso. Además, son baños pequeños, pensados para el Instituto de hace unos años y, hoy por hoy, si uno suma el personal de enfermería, los familiares y los pacientes son absolutamente insuficientes. La estructura edilicia no permite hacer nuevos baños allí, sino que, tal como han manifestado los arquitectos desde hace tiempo, se necesita una reconstrucción de la red sanitaria de desagüe, que implica intervenciones más significativas desde el punto de vista económico.

Como los señores Senadores saben, a partir de la crisis económica que nos tocó vivir, las inversiones en el Ministerio de Salud Pública fueron acotadas. Se han privilegiado otros aspectos que tienen que ver con los recursos para medicamentos y otros insumos de uso emergente, y hemos tenido dificultades con esas inversiones. A pesar de ello, en este último tiempo e independientemente de este proceso que ha tenido que ver con la repercusión pública, desde hace cinco o seis meses estamos tratando de reelaborar un plan director diferente, habiendo trabajado con nosotros la doctora Gloria Magnífico para adecuar todo lo que tiene ver con la atención de los pacientes y, fundamentalmente, ver qué puede atender el Instituto y lo que no le corresponde. Hay consultas de primer nivel de atención que se realizan en el Instituto Nacional de Traumatología, básicamente, todas las de Montevideo. Muchas de las intervenciones quirúrgicas que nos envían desde el Interior podrían ser realizadas en el Interior, algunas que no necesariamente dependen del instrumental quirúrgico como, por ejemplo, fracturas de puño que podrían resolverse en otras asistencias antes de ir al Instituto, pero que, por una cuestión de dificultades locales, se envían al Instituto.

En ese sentido, se han comenzado a realizar algunas reformas, quizás más aceleradas porque la repercusión pública nos llevó a eso. Hicimos foco sobre el Instituto. Como los señores Senadores sabrán, el Ministerio de Salud Pública, lamentablemente, ha tenido muchos focos ígneos por diferentes razones que hemos tenido que atender en cada caso. En este, en particular, se hico foco de trabajo con un equipo de personas en los últimos días. Hemos visto una mejora en la cantidad de pacientes a los que se dio el alta en forma más precoz, lo que también ha permitido mejorar la capacidad locativa.

A través de las conversaciones que mantuvimos con la Cátedra de Traumatología y con la señora Decana, también vimos la buena voluntad que todos tienen para tratar de encontrar, conjuntamente con la Universidad, las mejores soluciones para resolver este problema.

En resumen, diría que, desde el punto de vista de los recursos humanos, el Instituto está en buenas condiciones. Hablo de más de trescientos funcionarios. La capacidad locativa es de 393 camas. En cuanto a los aspectos económicos, la contadora Rosi podrá hacer un informe más profundo al respecto, pero el hecho de poder comprar el material de osteosíntesis a través de UCAMAE nos permitió contar con material suficiente para atender esas situaciones. No ha habido quejas. No se suspenden operaciones por falta de material. Algunas personas se quejaban de haber estado preparadas para ser operadas y posteriormente no se las operó.

Precisamente, personal del Instituto nos decía que en realidad se hacen siete operaciones por día pero, si se presenta una operación de traumatología -que aproximadamente dura entre tres o cuatro horas- relacionada con un paciente que presenta una situación urgente se lo prioriza y, como sucede en cualquier institución, después se quedan sin tiempo.

Desde el punto de vista de los recursos humanos estamos en condiciones adecuadas para trabajar, aunque ahora estamos estudiando la posibilidad de incluir siete traumatólogos más; aclaro que no son nuevos cargos ya que a través del mecanismo de suplentes habíamos nombrado a siete médicos de Medicina General para colaborar en la puerta del Hospital y, en ese momento, nos habían solicitado que tuvieran un perfil traumatológico. Esto ya lo estamos haciendo y, seguramente, va a mejorar la situación.

Desde el punto de vista económico, no sé si la contadora Rosi nos puede dar algún elemento más sobre cuántos son los recursos económicos con los que cuenta el Instituto Nacional de Traumatología.

SEÑORA ROSI.- El año pasado, el Instituto Nacional de Traumatología incurrió en un gasto total entre funcionamiento, remuneraciones e inversiones de $ 52:756.000. Al día 31 de julio el gasto que lleva registrado es de $ 34:000.000, por lo que, si hiciéramos una estimación lineal hasta fin de año tendríamos una evolución de un 11% por encima de lo que gastó el año pasado para su funcionamiento, lo que parece bastante razonable. Si hacemos una estimación lineal de lo que va a ser el gasto de aquí a diciembre -que si se mantuviera en ese promedio sería un 11% más- se puede presentar alguna dificultad porque hemos visto que ha aumentado mucho el gasto, concretamente en el mes de julio.

Por otro lado, estamos haciendo una distribución de créditos. Seguramente es de conocimiento de los señores Senadores que el Ministerio de Salud Pública no tiene su presupuesto total de créditos presupuestales para finalizar el año, ni para gastos de funcionamiento, ni para gastos de inversión. Desde principios de año hemos planteado al Ministerio de Economía y Finanzas cuál era el gasto que estimábamos íbamos a incurrir para este año, el que se calculó solamente sobre la base de lo que se ejecutó en el 2003 ajustándolo con un 7% que era lo que se estimaba que podía ser la variación del IPC. Esto es así porque todo se compra por licitación y en ellas hay cláusulas de ajuste paramétrico de 100% IPC o 50% IPC y 50% dólar. Entonces, nuestro gasto no se incorpora en esa presupuestación para el 2004 y asumimos que las tareas asistenciales nuevas que se brindarían estarían dentro de ese presupuesto con un 7% más. A pesar de ello, al día de hoy, no tenemos autorizado este presupuesto lo que quiere decir que, por ejemplo, en el caso de traumatología que para sus gastos de funcionamiento -que no incluye remuneraciones ni suministros- el año pasado utilizó $ 26:000.000, al día de hoy se le han dado $ 23:000.000. Esto significa que no tiene problemas en la asignación presupuestal, que está en la misma situación que los demás hospitales y mensualmente se le van asignando los créditos a medida que el Ministerio de Economía y Finanzas nos va liberando presupuesto a nosotros para su funcionamiento. Esto quiere decir que comparado con el año pasado, Traumatología tiene un 88% al día 31 de julio de lo que gastó en el 2003, o sea que tiene un presupuesto suficiente para funcionar.

También en el tema de las compras -como sucede en las demás Unidades Ejecutoras- nosotros hacemos un análisis desglosado de lo que los hospitales compran a través de la Central de Compras del Estado para Insumos Hospitalarios que es UCAMAE, así como de los demás gastos, para ver cómo va evolucionado ese gasto.

Dentro de lo que se compra por parte de UCAMAE, como insumos hospitalarios, se incluyen los medicamentos, el material médico, los reactivos, el oxígeno y, ahora, los estudios en el caso de Montevideo. En Traumatología, el insumo de mayor peso es el material médico quirúrgico porque allí se desglosa, dentro del material médico quirúrgico habitual o normal en cualquier hospital, el que es para osteosíntesis y el que es para cirugía de columna. Como UCAMAE no había autorizado hasta este mes -como dijo el doctor Paulillo- la compra del material de osteosíntesis a través de la central del Estado, se le estuvieron dando los créditos mensualmente para realizar esa compra en plaza, en forma directa, a efectos de que no tuviera escasez de esos materiales. Esto quiere decir que no le faltaron los materiales correspondientes de acuerdo a lo que la Unidad Ejecutora estimó, aunque sí se estuvieron comprando a un precio un poco mayor hasta que UCAMAE lo autorizó, y ahora están incluidos dentro de la Central; incluso -y en razón de esa autorización- en el pago que se va a hacer ahora se está abonando todo el material de osteosíntesis hasta fin de año. En el mes de julio ellos han tenido un aumento importante que pensamos puede reflejar el pico de demanda que surgió y que todos vimos.

Por otra parte -y esto tiene que ver con el planteo realizado originalmente por los señores Senadores- debemos considerar lo que es el mantenimiento de la planta física que se encuentra en un estado delicado. Los créditos con que contamos para inversiones totales, ya sea para el mantenimiento de la planta física como para cualquier obra, equipamiento o reparación, este año tienen un tope de ejecución de un 50%. Es decir que del presupuesto autorizado para inversiones podemos utilizar solo la mitad y ya estamos en esa cantidad, porque a esta altura del año ASSE ya está agotando los recursos. Por tanto, la Unidad Ejecutora tiene un remanente de unos $ 100.000 y ha venido utilizando los créditos que tenía autorizados para obras a realizar dentro de su edificio. A pesar de ello, todavía tiene un saldo para utilizar en lo que estime la Unidad que necesita en forma más urgente.

SEÑOR PAOLILLO.- En cuanto a la regionalización y al hecho de poner más énfasis en la comunicación con las distintas Unidades Ejecutoras con respecto al nivel de complejidad de los casos de pacientes que tienen que ser resueltos en el interior, se formó una Comisión con la Facultad de Medicina y con el Director de la Cátedra con respecto a los traslados no adecuados. A su vez, estamos pensando no sólo en el control de los pares ya que también está participando la Sociedad de Ortopedia y Traumatología. Lo cierto es que estamos recibiendo pacientes del interior que no deberíamos estar recibiendo. Por un lado, se va a evaluar cada traslado y, por otro, vamos a actuar desde ASSE con respecto a los créditos de las distintas unidades. Si un hospital centro departamental que tiene guardia traumatológica, Arco en C para tratamientos, guardia de radiología, block quirúrgico y anestesista de guardia, realiza traslados por no hacer una reducción en block, estamos frente a un paciente que no sólo genera perjuicios en cuanto a los gastos, sino también en el aspecto social e incluso a nivel personal y familiar. Por ese motivo es que planteamos un mecanismo que vamos a instrumentar y que consiste en penalizar con los créditos correspondientes en relación a lo que se insume, porque vemos que es la única manera de adecuar el funcionamiento del interior.

El otro aspecto al que me quería referir tiene que ver con el refuerzo de la guardia traumatológica ya que vamos a poner dos traumatólogos de guardia en lugar de uno. Para ello, vamos a hacer un llamado en conjunto con la Cátedra a los efectos de dotar a la guardia de traumatología de dos traumatólogos, porque teóricamente allí se reciben los pacientes más complejos. En realidad, esto se relaciona con una vieja tradición del Instituto, donde el traumatólogo de guardia era una personalidad relevante en el ambiente. Por tanto, es una particularidad que debemos dejar consignada porque tenemos todas las guardias de emergencia de Montevideo -Hospital Maciel, Pasteur y Pereira Rossell- incentivadas, menos la de traumatología. El hecho de que estos profesionales ganen únicamente el sueldo de Salud Pública sin incentivo, ha motivado que vaya decayendo el interés por realizar esa guardia. En definitiva, vamos a poner dos traumatólogos y creemos que en un proyecto de la Comisión de Apoyo para el año 2005 tiene que estar incluido el incentivo para la guardia de traumatología.

El tercer aspecto a mencionar es el de los insumos. Me refiero a la adquisición a través de UCAMAE de insumos para osteosíntesis, no sólo para traumatología sino para que en esa misma licitación los centros del interior también puedan comprar insumos. Tenemos algunas cuestiones de abastecimiento en el mercado. Cuando compramos en plaza, debemos pagar cinco veces más caro que cuando lo hacemos a través de la licitación y la apertura de carta de crédito. Eso recién lo pudimos hacer ahora, es decir, con una licitación del año 2003 que se nos estaba terminando.

El cuarto punto refiere a lo que comentaba la contadora Rosi, relativo a las inversiones en planta física. Allí vamos a destinar los escasos recursos con los que contamos.

SEÑOR CID.- Pregunto si no es posible destrabar esa limitante del 50 % para las inversiones en emergencias públicas y en planteos públicos sobre una situación muy delicada. ¿Eso es inmodificable?

SEÑOR PAOLILLO.- Nosotros estamos negociando y reclamando frente al Ministerio de Economía y Finanzas lo relativo a la situación de los créditos. A partir del año 2004 tenemos un porcentaje del cupo financiero que se destina a inversiones y no hemos logrado la adecuación de ese punto.

SEÑORA ROSI.- Concretamente, la solicitud de crédito se tramita de forma diferente en lo que hace al funcionamiento y a las inversiones. Por su parte, las inversiones inician su trámite por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Como dice el doctor Paolillo, tenemos presentados innumerables informes, tanto al Ministerio de Economía y Finanzas por lo que refiere a la parte de funcionamiento, como a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto por lo que alude a las inversiones, a fin de que nos den los créditos. Como les explicaba, se trata de un 7% más que el gasto ejecutado el año pasado y ni siquiera se cubren los ajustes paramétricos de las licitaciones. Cabe acotar que todas las licitaciones tienen la misma fórmula. En el caso de inversiones, se presentaron, concretamente, tres solicitudes formales -además de todas las informales del levantamiento del tope- que fueron negadas, excepto para una obra concreta que fue la única que se autorizó. Es decir que los créditos con el Ministerio de 150:000.000, que son para el Inciso, están en 77:000.000.

Además, a esto se agrega la dificultad que mencionó al final el doctor. Para ejecutar nuestros gastos, necesitamos tener el presupuesto que los respalde, pero después necesitamos pagar. Entonces, como el cupo financiero que tenemos para pagar no acompaña los créditos, en el caso concreto del mantenimiento de la planta física -esto sucede básicamente en el interior, donde la situación es más grave que acá porque los proveedores de mantenimiento de planta física, es decir, los que se dedican a arreglar una azotea que se llueve en un hospital, un caño que se rompe o una instalación eléctrica, son más pequeños y no pueden soportar la demora que nosotros tenemos en pagarles; no se trata de empresas con capacidad financiera que les permita autofinanciarse- muchas veces, aunque tenemos el crédito, no nos venden porque el proveedor no puede esperar lo que ASSE está demorando en pagar, puesto que tenemos muchos meses de deuda vencida.

SEÑOR PAOLILLO.- Desde el año 2001, ASSE y el Ministerio de Salud Pública en su conjunto ejecutan su presupuesto dentro de los créditos presupuestales. Eso no había ocurrido hasta esa fecha. Desde 1987 -fecha en la que se crea ASSE- hasta el año 2001, ASSE siempre tenía que pedir un refuerzo del crédito, había una ejecución y después algún déficit. Reitero que desde 2001 pasamos a estar dentro de los créditos presupuestales. Tenemos una deuda importante en el año 2003, pero está registrada en el SIIF dentro de los créditos presupuestales y está vinculada con lo que comentaba la contadora Rosi sobre el cupo financiero.

Con relación a las medidas de regionalización con el interior, omití hacer referencia a la incorporación de la guardia traumatológica en Las Piedras, donde no había. En este momento, Las Piedras es nuestra segunda Unidad Ejecutora en número de usuarios, después de Salto. En este momento estamos en un proceso de investigación de usuarios; podemos señalar que pasamos los 1:003.000 usuarios y estamos incorporando prácticamente entre 50.000 y 60.000 por mes. Esta es, en cierta forma, la curva de lo

que ha sido la investigación de usuarios de ASSE que, si bien no hace específicamente al tema, muestra la situación en la que nos encontramos.

A partir del año 2000 hemos podido eliminar la llamada doble cobertura en nuestras unidades asistenciales con relación al padrón de usuarios de las mutualistas, o RUCAF, y en estos momentos no sólo podemos identificar la situación y eliminar a quienes son socios de mutualistas, sino que vamos a poder incorporar nuestros usuarios al RUCAF. Actualmente contamos con 1:003.000 usuarios. Cabe agregar que esto ha sido implementado por la Dirección Administrativa y la sección de Informática de ASSE y que el mismo programa es utilizado en todas las unidades asistenciales. Además, los usuarios están adscriptos a cada unidad asistencial. Como decía, la unidad asistencial de Las Piedras es hoy la segunda en número de usuarios.

La tercera medida que hemos planteado se refiere a los insumos y el equipamiento por UCAMAE, relativo a la planta física que ya hemos comentado. Pensamos que ello representa un importante rezago para el país con relación a la inversión pública, tanto en la órbita del Ministerio de Salud Pública como en la de ASSE.

Otra medida se relaciona con la coordinación con otros proveedores o servicios públicos y, en estos momentos, con Sanidad Militar. Concretamente, Sanidad Militar nos ha brindado camas de CTI para los postoperatorios de cirugía de columna y a partir de ahora hará lo propio con camas de hospital para casos postoperatorios, cuando se presenten situaciones de tanta demanda en el Instituto de Traumatología.

Esta ha sido una reseña de las acciones que hemos planteado.

SEÑOR CID.- Brevemente, en el mismo sentido de regionalizar y tratando de colaborar con este tema, quisiera agradecer a la doctora Beatriz Silva la diligencia con que se comunicó con mi secretaría, a propósito de una visita al Hospital de Durazno que efectué hace unos días. En ese sentido, debo destacar que encontré un hospital que funciona muy adecuadamente y que podría constituir un modelo a imitar. Precisamente, la Dirección de dicha institución me transmitió su inquietud por la necesidad de un arco en C, dado que tienen disponibilidad de traumatólogos y de brindar cobertura regional a muchos pacientes traumatológicos. Esa fue la inquietud que planteé a la doctora Silva. Aclaro esto públicamente, porque me parece de justicia para con la Dirección que se comunique el hecho a todas las autoridades y, de ser posible, se dote a ese hospital del instrumental básico para que pueda desarrollar cirugías más complejas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se pasa a considerar el tercer tema sobre traslado de enfermos y portadores de VIH SIDA.

La Comisión de Salud Pública, a lo largo de este período legislativo, ha recibido en reiteradas ocasiones el planteo de los enfermos y portadores de VIH SIDA a propósito de las garantías de su traslado. Hemos visto una versión en la prensa y, si bien no hemos recibido la llamada de los usuarios, sí se ha sentido este reclamo en el interior del país. En consecuencia, queremos saber si eso es así y cuáles son las condiciones en que se está proponiendo dicho traslado.

SEÑOR PAOLILLO.- El Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas del Hospital Pasteur funciona en el Instituto de Higiene. Desde 1982 se encuentra en la órbita de la Unidad Ejecutora Hospital Pasteur. La evaluación de la situación del SEIHP hay que hacerla en el contexto de las acciones que lleva a cabo ASSE en conjunto con el Programa Nacional de SIDA respecto de la atención de esos pacientes. Lo que hemos percibido es que, a raíz del inicio de la epidemia en los años ochenta, se constituye -a mediados de esa década- el Programa Nacional de SIDA, en la órbita del DIGESA, con la parte de promoción y prevención, actualmente bajo la dirección de la doctora Margarita Serra. Paralelamente, ASSE ha ido desarrollando su actividad asistencial a iniciativa de cada servicio, de cada Unidad Ejecutora que le corresponde. Así, vemos acciones en el Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas y en el Hospital Pereira Rossell; ha habido acciones relacionadas con la adquisición de insumos y medicamentos por parte del Hospital Pasteur; y, finalmente, también en las cárceles. Lo que intentamos es hacer la coordinación de toda la atención a los pacientes de VIH con SIDA desde ASSE, para lo cual la doctora Serra se ha incorporado a nuestro equipo de trabajo, además de continuar desempeñándose en el Programa Nacional de SIDA de promoción y prevención.

En ese marco, planteamos la mejora de las actividades asistenciales en ASSE, con las políticas de prevención y promoción definidas por el programa de SIDA, el fortalecimiento de los servicios de ASSE especializados en la atención del VIH SIDA, el fortalecimiento del Centro de referencia Materno Infantil y el Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas del Hospital Pasteur. También trabajamos en la extensión a las maternidades de ASSE de las estrategias tendientes a abatir las tasas de trasmisión vertical de la enfermedad. El trabajo sobre trasmisión vertical, que condujo el Programa Nacional de SIDA con la policlínica materno-infantil del Hospital Pereira Rossell, fue muy exitoso más allá de las dificultades que tenemos para el control de los embarazos. En este sentido, el diagnóstico rápido es un aporte que actualmente estamos incorporando a todas las maternidades de ASSE del país. Estas son acciones que consideramos importantes.

En ese momento, también se plantea lo relativo a la atención de los pacientes portadores de VIH en el SEI, Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas. Desde el año 2000 está resuelta la incorporación a la Unidad Ejecutora de origen de este servicio. El servicio de atención al paciente adulto portador de VIH se realiza en el Instituto de Higiene por parte de Salud Pública, y de la Facultad de Medicina a través de la Cátedra de Enfermedades Infectocontagiosas, con la particularidad de que cuando los pacientes están internados son asistidos por ésta y en las atenciones ambulatorias lo hacen los médicos de la Facultad. A su vez, el laboratorio trabaja, en parte, en el Instituto de Higiene y, en parte, en el Hospital Pasteur, y no hemos podido solucionar las notorias dificultades que tenemos con la planta física del Instituto de Higiene. Se ha tomado la decisión de incorporar el Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas a un hospital general como es el Hospital Pasteur. Para hacer efectiva esta incorporación trabajamos en la remodelación y la puesta a punto de la parte de internación del Hospital. En ese sentido, construimos 16 aislamientos y tenemos pensado realizar el traslado de los pacientes. Está pendiente la construcción del ambulatorio. Actualmente, hay un ambulatorio en la calle Cabrera que estamos remodelando y agrandando. Desde hace un año nos comprometimos con los usuarios a que hasta que el ambulatorio no se haya terminado de construir -en ese sentido, se ha elaborado un proyecto edilicio con la participación de la Facultad de Medicina, del sector de Arquitectura de ASSE, del programa y de los usuarios- no se va a proceder al traslado de los pacientes.

El viernes vamos a volver a visitar al Hospital Pasteur con la Decana. Los integrantes de Cátedra de infectocontagiosos nos han planteado la necesidad de realizar el traslado lo antes posible para poder asistir a los pacientes internados. Hay que tener en cuenta que en el Instituto de Higiene tenemos muchas dificultades. Por un lado, si un paciente necesita una intervención quirúrgica

debe ser trasladado al Hospital Pasteur y, por otro, hay dificultades con el laboratorio, con el mantenimiento y a nivel edilicio. A pesar de ello, reitero que en principio no vamos a realizar el traslado hasta que no contemos con el acuerdo de los pacientes. Los pacientes, más allá de su enfermedad, forman un núcleo importante y consideran que si en el Hospital Pasteur no cuentan con las mismas condiciones, no sólo edilicias sino de funcionamiento, no van a aceptar el traslado. Por nuestra parte, nos estamos reuniendo con ellos a los efectos de conversar sobre el proyecto y de que tengan la tranquilidad que no se van a realizar los traslados hasta que no estén dadas todas las condiciones necesarias.

SEÑORA PRESIDENTA.- En ese sentido, quiero manifestar que en las oportunidades que tuvimos de conversar con ellos les hicimos ver las dificultades existentes a la vez que entendimos las razones humanitarias que esgrimían acerca de la forma en que eran atendidos por los trabajadores aunque físicamente la planta tiene problemas notorios y, además, hay dificultades para poder completar los tratamientos de los pacientes.

Sentíamos la necesidad de tener toda la información porque, si bien en esta oportunidad aparentemente están en un buen vínculo con el Ministerio, como se ha dicho, en virtud de que viene el receso parlamentario se dificultan los diálogos y nos parecía que era bueno que quedara registrada para que el miembro de la Comisión de Salud Pública que así lo deseara, pudiera consultarla. Como en otras oportunidades en que la Comisión en su conjunto, y cada integrante en particular, ha requerido información sobre este tema, en esta instancia entendíamos importante contar con datos de primera mano y quedarnos con la tranquilidad de que el diálogo se está canalizando por la vía que corresponde.

SEÑOR ESTOL.- Estoy totalmente de acuerdo con lo que planteaba el doctor Paolillo en cuanto a la estrategia y al concepto del traslado. Incluso, en el último conflicto que hubo en el SEIC hace años, se hizo el planteo en esos términos, en la medida en que no se dieran las garantías correspondientes. Ese es un poco el espíritu que viene planteando la Dirección General de ASSE.

De modo que no se trata solamente del SIDA. Según lo que hemos hablado con el doctor Sabio, profesor de la Facultad de Medicina, y mirando hacia adelante, vemos que hay una cantidad de enfermedades infecciosas emergentes que van a plantear dilemas importantes de salud en el futuro. En función de ello, en el mediano plazo imaginamos hasta estructuras que, con el concepto de hospitales generales, van a tener que dedicar su especialización y características a atender todas estas enfermedades emergentes. Me refiero a lo que ha pasado en las últimas semanas con todas estas virosis emergentes y con el virus Aviar. Pensamos que este último iba a quedar planteado en un tema de contención, pero se está escapando de esos niveles en el Sudeste Asiático. Es más; si en el futuro se combina con el virus influenza, va a plantear escenarios importantes. En ese sentido, acabamos de elaborar una guía que hemos concordado con la Facultad de Medicina sobre escenarios para actuar en situaciones de epidemias o de brotes epidémicos virales. Quiero mucho al Hospital Pasteur -seguramente sabrán que pasé por su dirección- por lo que creo que hay que ir pensando fuertemente en estructuras para ir concentrando en un concepto amplio las enfermedades infecciosas nuevas y emergentes. Hay una nueva, el NIPA, que ocasiona un cuarenta por ciento de mortalidad y que se sigue expandiendo. O sea que el SIDA como enfermedad, por su gran sensibilidad, hay que seguir considerándola, pero debemos tener cuidado porque hay toda una serie de enfermedades emergentes nuevas. Por esa razón, en el futuro el país va a tener que pensar en centros ultraespecializados en la atención de enfermedades.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos la presencia y la información brindada, y quedamos en contacto para abordar los temas que ya habíamos resuelto.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 13 y 28 minutos)